

# **MDS / RAI als voorbereiding op een multidisciplinair team: een verkennende studie**

Van Houdt S, Vanden Driessche K, Vandervelden J, Buntinx F

## **Inleiding**

Onze huidige gezondheidszorgsystemen worden gekenmerkt door een toenemende fragmentatie van zorg (1,2). Fragmentatie stijgt naarmate meer zorg- en hulpverleners bij de zorg betrokken zijn, deze zorg- en hulpverleners meer van elkaar afhankelijk zijn om goede kwaliteit van zorg te leveren, de zorg minder voorspelbaar is en verschillende pathologieën bij de patiënt aanwezig zijn.

In de literatuur worden verschillende mechanismen beschreven om multidisciplinaire zorg te coördineren (3). In bepaalde zorgsituaties ervaren de betrokken zorg- en hulpverleners, de patiënt en / of de mantelzorger een nood om de zorg onderling af te stemmen. Naar aanleiding van deze ervaren nood kan een bilateraal of multidisciplinair overleg georganiseerd worden.

Uit de literatuur blijkt het belang van een goede voorbereiding voor dergelijk overleg en het formuleren van duidelijke doelstellingen (4). In de interface-studie werden op basis van literatuurstudie en bestaande onderzoeksresultaten twee instrumenten geselecteerd en uitgetest in rusthuizen, geriatrie diensten van algemene ziekenhuizen en de thuiszorg. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat MDS/RAI de meeste meerwaarde biedt, zowel om verschillende aspecten van zorgbehoefte te meten, als om het multidisciplinair overleg te ondersteunen. Ook werden enkele aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de implementatie van MDS/RAI (5).

In een volgende fase werd verder onderzoek uitgevoerd betreffende de implementatie van het instrument als voorbereiding op een multidisciplinair teamoverleg. Het onderzoek werd apart uitgevoerd in de rusthuizen, de ziekenhuizen en de thuiszorg. De studie in de Limburgse thuiszorg leert dat het invullen van MDS/RAI voor de betrokken zorg- en hulpverleners een meerwaarde heeft, mits enkele voorwaarden vervuld zijn. Een eerste voorwaarde is de beschikbaarheid van een gebruiksvriendelijke webapplicatie voor het invullen van MDS/RAI en het berekenen van de resultaten. Ten tweede hebben de betrokken zorg- en hulpverleners voldoende ondersteuning nodig bij het invullen van MDS/RAI via de webapplicatie en het interpreteren van de resultaten. Daarvoor werd ondersteuning op maat aangeboden via een helpdesk. De helpdesk contacteerde zelf actief de zorg- en hulpverleners om ondersteuning aan te bieden bij het gebruik van de webapplicatie en het invullen van MDS/RAI. De zorg- en hulpverleners hadden ook zelf de mogelijkheid om de helpdesk te contacteren. Belangrijk daarbij bleek de bereikbaarheid ook 's avonds en in het weekeinde.

Ten derde is de tijdsinvestering een belangrijk gegeven. Daarvoor werd in de loop van de tijd overgeschakeld van de MDS/RAI - home care naar de (beperkte) RAI screener. Dit vraagt een geringere tijdsinvestering en leidt toch tot het berekenen van de schalen en de meeste aandachtsdomeinen. (Niettegenstaande wordt opgemerkt dat de RAI screener een minimum aan gegevens inventariseert. In meer complexe situaties kan een uitgebreider assessment nodig zijn.)

Vervolgens benadrukten de zorg- en hulpverleners dat het invullen van MDS/RAI en het bespreken van de resultaten tijdens het multidisciplinair team slechts in bepaalde zorgsituaties een meerwaarde heeft. Ter illustratie werden enkele dergelijke zorgsituaties beschreven waarvoor RAI screener een meerwaarde is.

Implementatie van RAI screener in de thuiszorg is tot slotte slechts mogelijk indien een aantal randvoorwaarden vervuld zijn (6).

### **Doelstelling**

In deze studie wordt nagegaan welke factoren een invloed hebben op de ervaren nood aan een multidisciplinair overleg en daarnaast op de nood om het multidisciplinair overleg voor te bereiden met MDS/RAI.

Er wordt nagegaan in welke mate de nodige randvoorwaarden in de Limburgse thuiszorg aanwezig zijn.

## Methode

Er werd een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van een beperkte literatuurstudie en focusgroepen. Tijdens de literatuurstudie werd op basis van voorgaand onderzoek een inventaris gemaakt van mogelijke beïnvloedende factoren. Daarvoor werd gebruik gemaakt van de resultaten van de vorige fasen van het RAI-project (6) en het onderzoek 'Focus op samenwerken in de thuiszorg: een evaluatie van het Limburgs Garantiemodel in samenwerking met UHasselt (7). Vervolgens werden mogelijke factoren verder geëxploreerd door middel van focusgroepen. Een focusgroep is een interview met een kleine groep deelnemers (max 12) rond een specifiek onderwerp, waarbij verwacht wordt dat de interactie tussen de deelnemers een meerwaarde heeft. Tijdens deze focusgroepen gebeurde niet alleen een inventarisatie van mogelijke factoren, maar werd ook gestreefd naar consensus over deze factoren.

Bij de selectie van de deelnemers voor de focusgroep werden de verschillende mogelijke betrokkenen bij een teamoverleg uitgenodigd (dit is een heterogene samenstelling). Uit de pool van zorg- en hulpverleners die vorig jaar minstens één RAI screener hebben ingevuld, werd per discipline nagegaan welke zorg- of hulpverleners de meeste ervaring hebben met het invullen van het RAI-instrument en het bespreken van de resultaten tijdens een multidisciplinair teamoverleg. Deze selectie gebeurde door LISTEL vzw, in overleg met de onderzoeksploeg. Voor elke focusgroep werden 3 huisartsen, 2 zelfstandig verpleegkundigen, 2 verpleegkundigen in dienstverband, 2 diensten gezinszorg, één maatschappelijk assistent, 2 paramedici (kinesitherapeut/logopedist) en één overleg-coördinator TGZ uitgenodigd. De definitieve samenstelling van de focusgroepen wordt in bijlage 1 weergegeven.

De geselecteerde zorg- en hulpverleners werden schriftelijk uitgenodigd tot deelname aan de focusgroep (zie bijlage). Na enkele dagen werden de geselecteerde deelnemers telefonisch gecontacteerd om eventuele vragen te beantwoorden en te peilen naar hun bereidheid tot deelname. Er werden twee focusgroepen georganiseerd.

Door de onderzoeker werd een leidraad opgesteld voor deze focusgroepen. Deze leidraad werd in een voorbereidend overleg besproken met de moderator en een vertegenwoordiger van LISTELvzw. Deze vertegenwoordiger van LISTELvzw en de onderzoeker namen tijdens de focusgroepen de rol van observator waar. Twee observatoren stonden in voor het begroeten van de deelnemers, het nemen van nota's, het observeren van het gedrag van de deelnemers, het checken en behandelen van het opnamemateriaal en het begeleiden van laatkomers. Hiervoor werd een observatieschema gebruikt voor het maken van de bijkomende aantekeningen, gebaseerd op bestaande observatieschema's.

Er werd geopteerd voor het inschakelen van een onafhankelijke, professionele moderator. De moderator was een huisarts uit de regio met ervaring in focusgroepen, maar niet betrokken bij het RAI-project. De taak van de moderator werd begrensd tot het leiden van het gesprek en het doorvragen op de items die door deelnemers werden ingebracht.

Na een toelichting van de spelregels en een kennismakingsronde werd eerst gevraagd naar een definitie van multidisciplinair overleg. Op die manier werd een gemeenschappelijke definitie voor de duur van de focusgroep afgesproken. Vervolgens werd de eerste onderzoeksvraag gesteld, waarna een discussie volgde. Factoren die in de literatuurstudie gevonden werden, maar tijdens de discussie niet besproken werden, werden na de brainstorm door de moderator op een steekkaart in het midden van de tafel gelegd. Hetzelfde geldt voor de tweede en de derde onderzoeksvraag. Het geheel werd afgesloten met een korte bespreking van het resultaat tussen de onderzoekers en de moderator.

Elke focusgroep werd digitaal opgenomen en integraal uitgetypt. Bij aanvang van de focusgroep werd de anonieme verwerking van de gegevens door de moderator aan de deelnemers verzekerd.

Twee onafhankelijke onderzoekers codeerden de tekstfragmenten. Bij verschillen in mening werd telkens consensus bereikt. Vervolgens werden de focusgroepen door een onderzoeker geanalyseerd met Nvivo 1.2. De resultaten van deze studie werden voorgesteld aan de begeleidingscommissie van het RAI-project. De feedback werd opgenomen in het verslag (zie bijlage).

## Resultaat

De hieronder beschreven resultaten zijn, tenzij anders vermeld, de visies van de deelnemers aan de focusgroepen. De gegevens worden geïllustreerd aan de hand van geanonimiseerde tekstfragmenten uit de focusgroepen.

### **Geen nood aan overleg**

Er is geen nood aan multidisciplinair overleg als de situatie van de patiënt stabiel is en de zorg goed draait. Een zorgsituatie draait goed als de gemaakte afspraken goed lopen, als er een goede communicatie en relatie tussen zorgverleners bestaat en de zorg- en hulpverleners 'goed opschieten met elkaar'. De communicatielijnen van de betrokken zorg- en hulpverleners gaan rechtstreeks, telefonisch of via het communicatieschriftje. Het communicatieschriftje is een document bij de patiënt thuis, waarin alle betrokkenen in de zorg iets kunnen noteren of een vraag aan andere betrokkenen kunnen stellen. Het is geen onderdeel van een dossier, waardoor het voor velen laagdrempelig is. Vele diensten werken ook regelmatig samen, waardoor de samenwerking vlotter verloopt. De deelnemende zorg- en hulpverleners vinden de aanwezigheid van voldoende mantelzorg met genoeg draagkracht essentieel.

*En ook waar veel mantelzorg aanwezig is, is overleg ook minder nodig. Maar zolang de mantelzorger het kan dragen is er vaak geen overleg nodig, maar als het moeilijk begint te worden, dan wel...*

*(1:278, 6).<sup>1</sup>*

Deze mantelzorg heeft dan de functie van centrale contactpersoon: de betrokken zorg- en hulpverleners kunnen hierop "terugvallen" voor enerzijds de coördinatie van de zorg en anderzijds als signaalfunctie bij problemen.

*14: Maar het is toch echt wel belangrijk dat er een mantelzorger is op wie je een beetje kunt terugvallen als dienst...*

*(2:319, 14)*

Daarbij is een goede communicatie en relatie van zorg- en hulpverleners met mantelzorg enerzijds en tussen mantelzorgers anderzijds belangrijk.

*Ik denk dat je dat wel aanvoelt, dat als die situatie goed loopt, dat die kinderen goed met elkaar overweg kunnen, als er voldoende mantelzorg is, als je er als hulpverlener dingen voorstelt of vraagt, dat daar dan ook effectief over nagedacht wordt, dat dat eventueel in huis gehaald wordt. Je voelt dat wel aan als dat goed loopt. (1:270, 2)*

*Ik denk dat als er communicatielijnen zijn en als er goede mantelzorgers zijn, ik bedoel mensen waarvan de draagkracht sterk genoeg is om die zorgsituatie te dragen, als die relaties allemaal goed lopen, als je hulpverleners hebt waar je vlot mee kunt opschieten enzo en dat is in de meeste situaties zo, dan loopt dat goed. Zelfs zwaardere toestanden, zwaardere situaties; zelfs daar loopt dat goed, maar dan moet er wel aan een aantal randvoorwaarden voldaan zijn. (1: 293,1)*

Tot slot wordt opgemerkt dat in een stabiele situatie, waarbij niets of weinig verandert, geen multidisciplinair overleg nodig is. Eventuele problemen kunnen met bijkomende informatie of ondersteuning opgelost worden (bijvoorbeeld informatie over tegemoetkomingen, zorgaanbod, het uitbreiden van de zorg of bemiddeling bij familiale discussies).

*Bij een stabiele toestand die goed loopt. Ik bedoel een stabiele thuissituatie die goed loopt; daar denk ik dat er geen overleg moet zijn. Daar moet je, zoals zij zegt, hoogstens eens een telefoontje doen voor een paar kleinigheden, maar daarvoor moet je niet met 5 of 6 mensen rond de tafel gaan zitten. (2:286, 1)*

---

<sup>1</sup> Eerste nr=nr focusgroep / tweede nr = nr citaat / derde nr= nr respondent

## **Multidisciplinair overleg**

### Situaties

Factoren die de nood aan een multidisciplinair overleg uitlokken hebben betrekking op de patiënt, de zorg en de betrokken zorg- en hulpverleners.

#### *De patiënt*

Ten eerste worden een aantal fysieke kenmerken van de patiënt onderscheiden: een plotse verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt, een oriëntering naar een andere setting of bepaalde pathologieën, zoals MS, psychiatrische problematieken (bijvoorbeeld psychose, borderline), coma, dementie, revalidatie (na ongeval of CVA), paraplegie, palliatieve situaties, MRSA, oncologie, geestelijke achteruitgang door ouderdom, ... Ook relationele problemen, al dan niet historisch gegroeid, kunnen de zorgsituatie ontwrichten.

*Bijvoorbeeld een MS patiënte [...] dat zijn toch wel heel specifieke zorgen. Er is ook wat afstemming rond medicatie, ook rond fysiotherapie die daar nodig is enzovoorts. Dat zijn een aantal zaken die dan concreet op elkaar moeten afgestemd worden. Dat zijn bijvoorbeeld van die concrete zaken als: wie komt wanneer, zodat we elkaar niet voor de voeten lopen. Die andere situatie, daar kan ik ook een voorbeeld uit mijn hoofd halen; dat kan bijvoorbeeld een relationeel probleem bij ouderen zijn, waar dat dan eigenlijk de hele situatie scheef gegroeid is, ook met de kinderen en er zijn dan toch heel wat zaken die meespelen die wij als zorgverlener niet weten en hoe kunnen we dat dan aanvullen. Zo weet de huisarts zaken die wij als thuisverpleegkundige niet weten en wij vangen dan weer andere dingen op. Zo kan dat verhaal wat beter gesitueerd worden. (1:93, 2)*

Tot slot worden sociale problemen onderscheiden, die de persoon kwetsbaar maken, zoals hygiëne, welzijn, ouderenmishandeling, financiën.

*Ik zeg maar iets: mensen die al op leeftijd zijn en er verdwijnt geld of waar er mishandeling is, dus dingen die eigenlijk maatschappelijk niet door de beugel kunnen en dat iemand van de hulpverleners met dat gevoel zit en dat het team dan samenkomt om dit op een heel discrete manier af te tasten en te bespreken. (1:195, 6)*

*Ja, zo van die zaken zo die maatschappelijk eigenlijk niet door de beugel kunnen of waar dat de oudere of de zorgbehoevende nog kwetsbaarder wordt. (1:203, 6)*

#### *De zorg*

Door onvoldoende mantelzorg, het wegvallen van mantelzorg en / of een toenemende zorgvraag kunnen de grenzen van de thuiszorg bereikt worden. Een mogelijkheid is om de zorg te verdelen over professionele zorg- en hulpverleners. Ook dergelijke situaties kunnen aanleiding geven tot multidisciplinair overleg. Niettemin wordt opgemerkt dat deze situaties vaak niet lang houdbaar zijn.

*Er is dus een stuk zorg die door verschillende soorten zorgverleners wordt gedragen en het stukje zorg dat dan normaal door mantelzorgers wordt gedaan; wat doe je daarmee? En je kunt dat verdelen, maar je kan dat niet allemaal gaan opvangen. Soms zie je dan in die zorgsituaties dat de zorgverleners dan heel goed bedoeld een stukje dat engagement aangaan, maar dat je voelt dat dat niet haalbaar is. -Ik vind dat een heel sterk argument om te zeggen; we gaan zeker het teamoverleg volgen zodat we goed weten wat iedereen van elkaar verwacht en wat we kunnen doen en wat we niet kunnen doen.(1:445, 1)*

### *Betrokken zorg- en hulpverleners*

In situaties met meningsverschillen tussen de betrokken zorg- en hulpverleners, waarbij niet alle zorg- of hulpverleners voldoende op de hoogte zijn of waarbij de zorg- en hulpverleners over verschillende stukken informatie beschikken, die moeten samengebracht worden, kan een nood ervaren worden om een multidisciplinair overleg te organiseren.

*Ik vind het vooral belangrijk dat er een multidisciplinair overleg is op het moment dat je merkt dat er eventueel meningsverschillen zijn in verband met de huisarts, de verpleegkundige, de kinesitherapeut. Dat de patiënten tegen u wel bepaalde dingen zeggen en dat je merkt dat de arts daar misschien niet van op de hoogte is, dus voor die zaken. Dat merk je wel als je dan toch eventjes langer met die patiënt bezig bent, dan voel je zo dat er toch ergens iets is, en dan vraag je of de dokter dat weet. (1:99, 4)*

Multidisciplinair overleg is vooral nodig in complexe zorgsituaties. Dit zijn situaties waarin meer dan één van bovenvermelde factoren aanwezig zijn. De betrokken zorg- en hulpverleners hebben daarbij een signaalfunctie als "het niet loopt zoals het zou moeten lopen".

*8: Of zo situaties waarbij je merkt van; het loopt eigenlijk niet zoals het moet, dat zou eigenlijk beter kunnen. Ik denk dat al die situaties in aanmerking komen voor overleg...*

*12: En wat bedoel je met: het loopt niet zoals het moet?*

*7: Naar hygiëne toe, naar eten, algemeen welzijn, ...*

*10: Veiligheid in het huis...*

*7: Als je het gevoel hebt dat de mantelzorgers op hun tenen beginnen te lopen.*

*12: als de mantelzorger overbelast raakt?*

*7: en ik denk ook dat je situaties daarbij moet incalculeren waarbij je verwacht als hulpverlener dat de situatie gaat verergeren en dat je zegt van; nu loopt alles nog goed, maar de patiënt gaat toch zieker worden. Dat kan je dan incalculeren en dat je dan preventief al zegt; zouden we niet samen zitten om dezelfde taal te spreken naar de mantelzorgers en naar de familie. Niet dat A zegt van: jamaar, die zal wel beter worden en B zegt dat die niet beter zal worden. Dus ook op dat vlak is het heel belangrijk, de communicatie ook met de mantelzorgers en de betrokkenen. (2: 147-159)*

De huisartsen in beide focusgroepen merken op dat multidisciplinair overleg ook preventief zou moeten georganiseerd worden.

### Waarom multidisciplinair overleg?

Tijdens een multidisciplinair overleg wordt de (zorg)situatie ingeschat, de zorg bepaald, aangeboden, georganiseerd, afgestemd, worden zorgafspraken gemaakt en / of nemen de zorg- en hulpverleners een bepaalde houding of standpunt in.

*Ik had recent een beginnende cognitieve achteruitgang bij een patiënt die alleen woont, waar niemand goed weet wie doet wat. Er zijn een paar mantelzorgers, ik kom daar, de verpleegster komt daar soms, ... Dan moeten we goede afspraken maken over: wie helpt die bij dit, wie helpt die bij dat, hoe staat de situatie. Gewoon concreet even zeggen; wat is de situatie, wat hebben we te verwachten. (2:137, 7)*

Het doel van het multidisciplinair overleg is om de situatie te verbeteren door oplossingen voor ervaren problemen te zoeken. Voor de betrokken zorg- en hulpverleners betekent een multidisciplinair overleg het delen en samenbrengen van kennis, de mogelijkheid tot ventileren, een gedeeld gevoel, een gedeelde verantwoordelijkheid, zicht op en waardering voor het werk van andere zorgverleners.

*Wat ik wel merk is dat de ene hulpverlener eigenlijk wel heel veel waardering heeft voor de andere omdat er een boel informatie gegeven wordt die hij anders niet had. De verpleegkundige of kinesist heeft er niet altijd zicht op wat bijvoorbeeld een verzorgende allemaal doet. Een verzorgende maakt soms dingen mee waar een kinesist of dokter niet*

*altijd zicht op heeft en eens ze dat weten kunnen ze daar een beetje alert voor zijn bij een volgend bezoek. En dat kunnen 'prullekes' zijn hè! Ik weet nog, op een vergadering zegt een dokter; "ik krijg die suiker van die patiënt niet geregeld en in het ziekenhuis krijgen ze dat wel geregeld... De patiënte snoept niet in huis want ik heb al in de kasten gekeken", en de verzorgende zegt van: "dokter maar ze weet dat jij in de kasten kijkt maar de chocolade zit in de koelkast". Dat is zo banaal en dat blijf ik onthouden want ja.... En voor de verzorgende: dat geeft die dan toch ook waarschijnlijk een fijn gevoel want het wordt gewaardeerd wat ik doe aan huis... (1:665, 6).*

#### Voorbereiding

Enkel gemotiveerde zorg- of hulpverleners nemen deel aan een multidisciplinair overleg of vragen een multidisciplinair overleg aan. Een multidisciplinair overleg is het meest efficiënt als het goed is voorbereid. Bijgevolg wordt een overleg door de deelnemers voorbereid door het dossier te bekijken en / of mee te brengen op papier of met de laptop.

*Ik denk dat alle hulpverleners die naar een teamoverleg gaan, die vinden dat wel belangrijk want anders zouden ze daar niet naartoe gaan. De efficiëntie is het grootst als het goed is voorbereid. (1:663, 1).*

#### Rol van de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg

Bij aanvang van de focusgroep werd bij de deelnemers gepeild naar een definitie van een multidisciplinair overleg. In beide focusgroepen werd opgemerkt dat een overlegcoördinator thuisgezondheidszorg (afgekort OC TGZ) formeel niet aanwezig moet zijn, maar op vraag van de betrokken zorg- en hulpverleners de organisatie en begeleiding van het overleg op zich neemt. De overlegcoördinator TGZ heeft hiervoor de nodige ervaring. Meestal wordt deze vraag gesteld.

*Ja, ik vind dat eigenlijk wel heel belangrijk dat er bij zo'n multidisciplinair overleg, dat er daar iemand zit die enerzijds zelf geen hulpverlener is en die daar ervaring in heeft en die dat wat kan leiden op een vrij rustige manier. (1:133, 1)*

Een andere taak van de overlegcoördinator TGZ is het verstrekken van de nodige informatie, bijvoorbeeld over bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen. De OC TGZ is in Limburg geen betrokken zorgverlener, maar een ambtenaar van het OCMW. Deze neutraliteit wordt als zeer belangrijk ervaren.

*Waarom zijn huisartsen bereid om naar teamoverleg te komen? Omdat dat niet gekoppeld is aan zuilen; het is veilig. Ik weet van; ik werk met die patiënt, we werken samen met die hulpverleners en ik voel me veilig op dat moment omdat ik weet dat er niemand aan die tafel zal zeggen van: zouden we niet met andere zorgverleners gaan werken... (1:878, 16)*

*En die is inderdaad ook wel neutraal. Ik denk dat als je zou vanuit de [mutualiteit] bijvoorbeeld, dan zou je ook weer je eigen partners gaan aanspreken voor de zorg. Zij moeten zich eigenlijk heel neutraal opstellen. (2:221, 2)*

#### Aanwezigheid patiënt

De patiënt en / of mantelzorg is niet altijd aanwezig tijdens het overleg. Beïnvloedende factoren zijn de fysieke en psychische mogelijkheden van de patiënt, de wil van de patiënt om al dan niet deel te nemen en de plaats van het overleg. Meestal gebeurt het overleg in de buurt van of bij de patiënt thuis. In het ziekenhuis of thuis is de patiënt (meestal) aanwezig. Het overleg bij de patiënt heeft een aantal mogelijke voordelen, zoals het beter inschatten van de situatie of bepaalde zaken gemakkelijker bespreekbaar stellen. Indien de patiënt en / of mantelzorg niet aanwezig is, gebeurt na het overleg een terugkoppeling.



### Gemaakte afspraken

De gemaakte afspraken worden genoteerd in een officieel zorgplan. Het opstellen van een zorgplan wordt beschouwd als de essentie van een teamoverleg. In bepaalde situaties wordt geen zorgplan opgesteld, namelijk als het overleg gebeurt om de patiënt naar een andere setting te oriënteren of als aan de voorwaarden voor de subsidiering vanuit de Vlaamse overheid niet voldaan is. In bepaalde regio's wordt meestal een verslag gemaakt van het overleg en rondgestuurd. Op die manier zijn zorg- en hulpverleners, die niet aanwezig waren tijdens het overleg, ook op de hoogte. Ook kan bij eventuele problemen teruggekoppeld worden naar de gemaakte afspraken. Omwille van de werkdruk werden in bepaalde regio's hiervoor administratieve krachten aangesteld. In andere regio's wordt een verslag gemaakt, maar enkel op expliciete vraag van de betrokken zorg- en hulpverleners rondgestuurd.

### **RAI als voorbereiding**

Het invullen van MDS/RAI als voorbereiding van het multidisciplinair overleg heeft een aantal voordelen. De verschillende betrokken zorg- en hulpverleners beschikken over verschillende delen informatie. Door het invullen van MDS/RAI worden deze informatie gebundeld, zodat een totaalbeeld van de situatie gecreëerd wordt.

*De RAI zou eigenlijk een middel kunnen zijn waardoor je je teamvergadering start met een maximaal delen van informatie. (1:545, 1)*

Na het invullen van MDS/RAI worden een aantal aandachtspunten en schalen berekend. De digitale berekening wordt door de deelnemers eveneens als een meerwaarde beschouwd. Zowel door het invullen van MDS/RAI als bij het bespreken van de berekende resultaten krijgen bepaalde aspecten van de zorg extra aandacht, waardoor de situatie duidelijker wordt of zelfs blinde vlekken ontdekt worden.

*Zoals een patiënt met cognitieve problemen en dat was ook niet voor iedereen duidelijk en door die aandachtspunten kwam dat ook naar voor. Toen is dat item ook besproken en ik denk ook zoals u zegt, dat dat niet besproken geweest was zonder RAI. (1:331, 2)*

*Ja, en als je het ook invult met verschillende disciplines... Zoals bij ons: wij zijn soms 4 uren aanwezig; misschien dat wij dingen opmerken die de huisarts misschien niet kan opmerken. Op de RAI kunnen die dingen dan uitkomen. Die blinde vlekken worden dan duidelijker en iedereen krijgt daar een zicht op. (1:321, 5)*

Tot slot wordt opgemerkt dat door het invullen van MDS/RAI alle zorg- en hulpverleners zich op dezelfde wijze op het overleg voorbereiden. Op deze manier starten de deelnemers met dezelfde informatie aan het overleg.

*Het voordeel van het instrument kan zijn dat je de situatie.. als ik naar een overleg ga heb ik de patiënt in mijn hoofd en wat ik niet meer in mijn hoofd heb is weg. Als je dan een instrument hebt ingevuld, dan word je door dat instrument op een aantal dingen gedrukt en dan zeg je: 'ahja, tiens, dat is waar..'. (2:469, 7)*

*Je bereidt je misschien op dezelfde manier voor, want je hebt allemaal hetzelfde instrument. Je komt met hetzelfde papier naar de vergadering zodat je het gemakkelijker naast elkaar kunt leggen ook. (2:471, 13)*

Door de resultaten te bespreken wordt het overleg (deels) gestructureerd.

*Daar helpt de RAI ook in hè: de CAPS, de knelpunten... Die kan je dan gestructureerd bespreken eigenlijk. (1:541, 5)*

De deelnemers benadrukken dat het bespreken van (de resultaten van) MDS/RAI moet gekaderd worden door bijvoorbeeld aanvullend de familiale geschiedenis te bespreken. Deze achtergrondinformatie geeft meer inzicht in de situatie van de patiënt en de mogelijke

oplossingen. Zonder deze verbreding ervaren de deelnemers het geschetste beeld van de patiënt als te “fragmentarisch”.

*6: Ik vind dat absoluut. Ik vind de geschiedenis van een patiënt is de manier waarop hij in het leven staat, wat hij al achter zich heeft gelaten en hoe hij de toekomst ziet.*

*2: En door die geschiedenis kan je ook heel veel problemen die naar voor komen beter plaatsen. (1:567-569)*

Ten tweede wordt benadrukt dat in bepaalde situaties de vraag gesteld werd of de resultaten correct waren. Het zou kunnen dat de informatie niet goed ingevuld werd of de resultaten verkeerd geïnterpreteerd werden of een onderschatting van de werkelijkheid zijn. Het is dan volgens de deelnemers belangrijk om deze breder te kaderen.

### **Randvoorwaarden**

Tijdens de focusgroepen werden ook een aantal randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie van MDS/RAI geformuleerd. Ten eerste moeten een aantal logistieke voorwaarden vervuld zijn, zoals toegang tot en kennis van pc en internet en een gebruiksvriendelijke en beschikbare webapplicatie voor alle betrokken zorg- en hulpverleners. Om de tijdsinvestering voor de zorg- en hulpverleners zoveel mogelijk te beperken zijn een goed ontwerp en een duidelijke structuur van deze webapplicatie zeer belangrijk, zodat de betrokken zorg- en hulpverleners een goed overzicht hebben.

*1: Ja, ik denk dat het [de webapplicatie] zo moet ontwikkeld worden dat er binnen een beperkte tijd heel veel informatie kan ingegeven worden zonder dat je teveel moet gaan zoeken wat waar staat.*

*5: Ja.*

*1: Ik denk dat dat een drempel is voor veel mensen om online dingen in te vullen. (1:836-840)*

Vanuit de diensten wordt gevraagd om de nodige opleiding te voorzien voor zorg- en hulpverleners. Daarbij wordt de vraag gesteld of alle zorgverleners moeten opgeleid worden of enkel diensthoofden / stafmedewerkers, waarbij deze hun expertise intern doorgeven. Belangrijke elementen voor een dergelijke opleiding zijn voldoende achtergrondinformatie, informatie over het invullen van MDS/RAI en het interpreteren van de resultaten. Bovendien wordt voorgesteld om MDS/RAI op te nemen in het onderwijscurriculum.

*Ik denk dat als iets uniform wordt ingevoerd op alle velden, dat wordt uiteindelijk ook naar het onderwijs doorgegeven, dat zij daar ook kennis van krijgen tijdens opleidingen ... Dan denk ik dat dat een automatisme zal worden en dat dat dan wel werkzaam kan zijn. (2:661, 14)*

Het is belangrijk om zorg- en hulpverleners voldoende te motiveren. Bijgevolg moet er voldoende informatie over de inhoud en de meerwaarde van MDS/RAI gegeven worden. Daarbij worden twee acties onderscheiden: zowel het algemeen verspreiden van informatie over de inhoud en de meerwaarde van MDS/RAI als het motiveren en sensibiliseren van zorg- en hulpverleners betrokken in een specifieke patiëntensituatie. Deze acties moeten goed gecoördineerd worden. Ook de acties rond het overleg, zoals de organisatie van het overleg, het aanmaken en verspreiden van de nodige logins, het herinneren aan deadlines moet goed gecoördineerd en opgevolgd worden. Deze taken worden door de deelnemers toegewezen aan de overlegcoördinator TGZ.

*Zoals nu de zorgcoördinator [hiermee wordt de overlegcoördinator TGZ bedoeld] die alle partijen verwittigt “op die dag vindt er een overleg plaats”. Dat die dan ook zegt van kijk; “vul voor die datum een RAI screener in”, die de logins moet maken en wat is het allemaal. Want ik denk dat als een hulpverlener dat allemaal op zich moet nemen, dan gaat het niet goed verlopen. [...]*

*Die moet dan ook iedereen kunnen motiveren ... Want ook niet elke hulpverlener heeft een even nauw contact met een huisarts of een verpleegkundige. Ik denk dat er dan weer zo'n beetje een barrière is om contact te nemen, terwijl een zorgcoördinator [hiermee wordt de*

*overlegcoördinator TGZ bedoeld] toch wel nauwere contacten heeft en de betrokken partijen ook beter kent. (2:579-583, 15)*

Ten vierde wordt beklemtoond dat vooral in de opstartfase voldoende ondersteuning op maat nodig is. Deze ondersteuning moet voldoende bereikbaar zijn. Administratieve taken, het voorbereiden van multidisciplinair overleg, ... gebeurt bij zelfstandige zorgverleners 's avonds of in het weekeinde. Op deze momenten hebben zij de nodige ondersteuning nodig. Bovendien wordt gevraagd om contact op te nemen buiten de uren van de dienstverlening. *Ik heb het in het weekend ingevuld, op een zondag. Dat was nogal last-minute, maar ik kon op dat moment dus niemand bereiken en het ging van geen kanten en dan zit je daar... Dan sluit je het op de duur af en denk je van: "laat maar zijn dan". (2:747, 16)*

*10: Wat ik ervaren heb dat is dus dat ik altijd telefonisch gecontacteerd werd net op het drukste moment van de ronde. Dat heb ik dus wel als heel negatief ervaren. (2: 751, 10)*

Door de uitgebreide en gedetailleerde vragen benadrukken de deelnemers dat MDS/RAI enkel kan ingevuld worden indien de situatie van de patiënt goed gekend is. Bij opstartende situaties of bij ontslag uit het ziekenhuis hebben de betrokken zorg- en hulpverleners weinig zicht op de patiënt in de thuissituatie. Uitwisseling van informatie met het ziekenhuis wordt door de deelnemers als een meerwaarde beschouwd. Niettemin stellen ze zich de vraag in welke mate de gegevens uit het ziekenhuis transfereerbaar zijn naar de thuiszorg. Er zijn immers een aantal belangrijke verschillen tussen beide settings. Zorg- en hulpverleners in de thuiszorg hebben een andere visie. Zo kijken zij meer naar de sociale omkadering. Ten tweede zijn er andere verwachtingspatronen van de patiënt ten aanzien van zorgverleners in het ziekenhuis versus zorg- en hulpverleners in de thuiszorg. Bovendien hebben de zorg- en hulpverleners in de thuiszorg een andere, meer familiale band met de patiënt. De zorg- en hulpverleners in de eerstelijns bevinden zich op het domein van de patiënt, zijn bij de patiënt thuis "te gast". Patiënten zijn ook veel mondiger geworden. Tot slot zou het huidige financiering- en controlesysteem deze situatie versterken.

*Ik denk dat het essentiële verschil is dat wij als eerstelijnsverlener, dat wij bij de mensen te gast zijn ... (1:612, 2)*

De betrokken zorg- en hulpverleners benadrukken dat MDS/RAI een meerwaarde heeft als voorbereiding voor het multidisciplinair overleg, maar niet voor elke forfaitpatiënt. Bij bepaalde patiënten wordt na een bepaalde tijd opnieuw een multidisciplinair overleg georganiseerd. In sommige situaties wordt afgesproken om na een bepaalde periode de situatie te herevalueren. In andere situaties kan opnieuw een multidisciplinair overleg aangevraagd worden omwille van een (plotse) verandering / achteruitgang van de situatie. Ook voor deze patiënten is het interessant om de volledige MDS/RAI in te vullen, aldus de deelnemers.

*Ik denk: ofwel vul je het in ofwel vul je het niet in. Ik denk dat het gevaarlijk is om die tool anders te gaan gebruiken dan het voorzien is... (1:611, 1)*

Daarbij vragen de zorg- en hulpverleners voldoende tijd om MDS/RAI in te vullen met minstens één weekeinde.

*Dan moeten ze dat op tijd openen en laat toch één weekend ertussen want veel van die 'prulletjes' moeten we in het weekend doen. (2:603, 7)*

Tijdens beide focusgroepen wordt de grote tijdsinvestering vermeld. Deze tijdsinvestering wordt verschillend ervaren voor zelfstandige zorgverleners versus zorg- en hulpverleners in dienstverband. Zowel bij diensten gezinszorg als verpleegkundige diensten werd MDS/RAI door een verantwoordelijke ingevuld. Verzorgenden hebben geen / onvoldoende kennis van pc of toegang tot internet. De afzonderlijke verpleegkundigen in dienstverband nemen slechts in beperkte mate deel aan multidisciplinair overleg. Bijgevolg is het onmogelijk om voldoende ervaring op te bouwen in het invullen van MDS/RAI. Niettemin heeft de

verantwoordelijke van de dienst geen of onvoldoende zicht op de situatie van de patiënt. Bijgevolg werd MDS/RAI samen met verantwoordelijke en de betrokken zorg- of hulpverlener ingevuld, met als resultaat twee uur personeelskost. Zelfstandige zorgverleners voeren administratieve taken voornamelijk 's avonds en in het weekeinde uit. De deelnemers vrezen dat zelfstandige zorgverleners afhaken (zowel voor het invullen van MDS/RAI als de deelname aan het multidisciplinair overleg) omwille van de extra administratieve belasting. Bij zelfstandige zorgverleners is het nog belangrijker dan bij zorg- en hulpverleners in dienstverband om de individuele zorgverlener te motiveren. Volgens de aanwezige zelfstandige deelnemers zullen zorg- en hulpverleners in dienstverband MDS/RAI invullen als zij deze opdracht vanuit hun dienst krijgen. Voor zelfstandige zorgverleners is een bijkomende "stok achter de deur nodig".

Het is voor de deelnemers evident dat de geïnvesteerde tijd vergoed wordt. Toch draagt deze financiering niet bij tot het motiveren van zorg- en hulpverleners. Ten tweede wordt voorgesteld om de geïnvesteerde tijd zo beperkt mogelijk te houden. Daarbij wordt voorgesteld om de beperkte versie van de volledige RAI home care, namelijk RAI screener te gebruiken. Als extra motivatie wordt daarenboven voorgesteld om administratieve voordelen aan het invullen van MDS/RAI te koppelen.

*Wat zeker een meerwaarde zou kunnen zijn is indien de resultaten van de RAI score zouden kunnen dienen voor alle mogelijke andere "papperassen" en formulieren 3 en 4 en KATZ-schaal en noem maar op... Dat men zou zeggen; er is één score en niemand moet nog een papier invullen tenzij de situatie verandert. En dan denk ik dat we niet een stap, maar een mijlpil verder zouden staan. (2:625, 7)*

*Nu, als er zo een aantal dingen als kapstok aangehangen worden.. als ik de RAI score zou invullen en ik moet daar papier 3 en papier 4 invullen en scores voor een rolstoel en scores voor een opname in een rusthuis enzovoort.. Als ik die niet meer zou invullen, dan hoop ik dat dat er vlot doorkomt! Maar dat zou de meerwaarde zijn inderdaad als je een stuk door dat te creëren meer inhoudelijk kunt werken en dan weer een paar van die administratieve belastingen zou kunnen verminderen, dan denk ik dat iedereen wel heel positief zou zijn. (1:752, 1)*

Een tweede belangrijke meerwaarde is het rekenschap houden met de beslissing van het multidisciplinair team van de betrokken zorg- en hulpverleners in de thuiszorg, zoals dat ook in andere settings gebeurt.

*Stel nu dat je zou kunnen realiseren dat je door zo'n overleg veel sneller zou kunnen komen tot een opname in een rusthuis bijvoorbeeld...Ik vind dat heel belangrijk. Als er rond een tafel 5 of 6 hulpverleners zeggen dat het thuis niet meer haalbaar is, dan zou dat een heel sterk argument moeten zijn tot een snelle opname in een rusthuis. Dat zou moeten meespelen. Dan zou het dus niet zo zijn dat er vanuit een geriatrie afdeling sneller toelating zou kunnen gegeven worden, maar ook hetzelfde, maar ook dat gewicht hangen aan een teamoverleg. (1:911, 1)*

Bij de implementatie van MDS/RAI moet volgens de deelnemers ook rekening gehouden worden met de geschiedenis en cultuur van een bepaalde regio. Het beleid (ook van diensten) verschilt met de regionale / lokale gewoontes en houdingen.

*Dat wij hier in Limburg een geschiedenis hebben van minstens 20 jaar. Ik vind dat we eigenlijk vaak niet gehoord worden in Brussel. Als je kijkt naar het nieuwe decreet: daar vallen de OCMW's als overlegcoördinator bijna uit. Alles wordt terug naar de mutualiteiten gebracht terwijl wij hier in Limburg al een geschiedenis hebben van zoveel jaren zorgvuldig teamoverleg en dat wordt niet gehoord. En ik zou heel graag hebben dat dat meegenomen wordt in heel het verhaal. (1:876, 6)*

*3: Het gaat uiteindelijk niet om het papierwerk; het is de patiënt die van boven staat en zijn omgeving enzo. Dat vind ik soms dat dat met heel die administratieve rompslomp wat uit het oog verloren wordt! Daar werken wij uiteindelijk toch allemaal voor. Of je nu zelfstandig bent*

*of voor [een georganiseerde dienst thuisverpleging werkt]; iedereen gaat voor het belang van die patiënt!*

*2: Ja, maar dat merk je dus op onze lijn. Wij zitten aan de basis, maar ik denk één keer je dan op het beleidsniveau gaat, dat is al helemaal anders...*

*3: Jaja, dat is anders... (1:894-898)*

## Besluit

Factoren in verband met de situatie van de patiënt, de zorg en / of de betrokken zorg- en hulpverleners kunnen aanleiding geven tot het aanvragen van een multidisciplinair overleg. Een belangrijk element daarbij is het niet-pluis gevoel van de betrokken zorg- en hulpverleners. Een multidisciplinair overleg wordt vooral aangevraagd in complexe zorgsituaties. Dat betekent dat meer dan één van de onderscheiden factoren aanwezig is. Door meer inzicht te verwerven in deze factoren, kan het invullen van de RAI screener beperkt worden tot situaties waarvoor het een meerwaarde is. Daardoor wordt de implementatie van de RAI screener in de thuiszorg bevorderd. Voldoende mantelzorg met genoeg draagkracht als aanspreekpunt voor de betrokken zorg- en hulpverleners en / of om de zorg te coördineren wordt door de deelnemers als een (bijna) essentiële voorwaarde voor een houdbare thuissituatie beschouwd.

Enkel gemotiveerde zorg- en hulpverleners deel aan multidisciplinair overleg. Deze zorg- en hulpverleners bereidden het multidisciplinair overleg voor door het dossier te consulteren en / of mee te brengen naar het overleg. Door MDS/RAI in te vullen hebben alle betrokken zorg- en hulpverleners het multidisciplinair overleg op dezelfde manier voorbereid. Bovendien worden bepaalde aspecten van de zorg extra benadrukt en / of worden blinde vlekken ontdekt. Het invullen van MDS/RAI wordt bijgevolg als een goede voorbereiding voor het multidisciplinair overleg beschouwd.

Bij het bespreken van de resultaten van MDS/RAI wordt opgemerkt dat de (familiale) geschiedenis van de patiënt belangrijk is bij het interpreteren van de resultaten en het zoeken naar de geschikte zorg. Het invullen van MDS/RAI en het bespreken van de (relevante) resultaten is een goede aanvang. Het is ook een hulpmiddel om het multidisciplinair overleg te structureren. Deze resultaten moeten tijdens het multidisciplinair overleg verder aangevuld worden door de betrokken zorg- en hulpverleners .

Tijdens een multidisciplinair overleg wordt de situatie van de patiënt ingeschat, de zorg bepaald, aangeboden, georganiseerd, afgestemd, afspraken gemaakt en / of een gemeenschappelijk standpunt / houding voor de betrokken zorg- en hulpverleners bepaald. Het doel is om de situatie van de patiënt te verbeteren door een oplossing voor ervaren problemen te zoeken. Het resultaat voor de betrokken zorg- en hulpverleners is het delen van kennis, gevoel en verantwoordelijkheid. Door een multidisciplinair overleg krijgen ze zicht op en waardering voor het werk van de andere betrokken zorg- en hulpverleners.

Privacy / beveiliging van gegevens werd in geen van beide focusgroepen spontaan vermeld. Op het einde van de focusgroepen polste de moderator hiernaar. Een goede beveiliging van het systeem en het beroepsgeheim van de betrokken zorg- en hulpverleners werden door de deelnemers als vanzelfsprekende voorwaarden beschouwd, waardoor deze niet spontaan vermeld werden.

Om MDS/RAI te implementeren moeten een aantal randvoorwaarden vervuld zijn. Ten eerste moet een voldoende gebruiksvriendelijke en voor alle zorg- en hulpverleners toegankelijke webapplicatie ter beschikking zijn, alsook een helpdesk die niet alleen tijdens de werkuren, maar ook 's avonds, in de vroege ochtend en in het weekeinde bemand wordt. Verder is het belangrijk om de betrokken zorg- en hulpverleners te motiveren om MDS/RAI in te vullen. Noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarden zijn informeren, sensibiliseren en opleiden van zorg- en hulpverleners, het vergoeden van de tijdsinvestering en het beperken van deze tijdsinvestering door de verkorte versie van de volledige RAI home care. Om zorg- en hulpverleners te motiveren wordt voorgesteld om de administratieve belasting te verminderen door aan tools aan MDS/RAI te koppelen, rekenschap te geven met beslissingen van het multidisciplinair team in de thuiszorg en rekening te houden met de regionale cultuur en gewoonten.

Voor deze exploratieve studie werden twee focusgroepen georganiseerd met zorg- en hulpverleners die ervaring hebben met het invullen van MDS/RAI en het bespreken van de resultaten tijdens het multidisciplinair team. Gegeven de beperkte ervaring was het niet mogelijk deelnemers voor meer dan twee focusgroepen te recruter. Bij vergelijking van de ervaring van de deelnemers met MDS/RAI blijkt dat de eerste focusgroep, bestaande uit 6 deelnemers, meer ervaring heeft dan de tweede focusgroep, bestaande uit 11 deelnemers, meer bepaald werd gemiddeld vier versus een keer MDS/RAI ingevuld via de webapplicatie en werden de resultaten respectievelijk twee en 0,5 keer besproken tijdens een multidisciplinair teamoverleg (zie tabel 1 in bijlage). Tijdens de focusgroepen werd opgemerkt dat enkel gemotiveerde zorg- en hulpverleners aan een multidisciplinair overleg deelnemen. Het is niet duidelijk op welke wijze andere zorg- en hulpverleners complexe zorgsituaties coördineren. Ook kan de vraag gesteld worden of er reeds voldoende praktijkervaring is met MDS/RAI om de gestelde vragen voldoende scherp te beantwoorden. Toch werd heel wat informatie uit de focusgroepen verzameld.

Deze studie werd wetenschappelijk onderbouwd. De focusgroepen werden gemodereerd door een neutrale, onafhankelijke huisarts en geobserveerd door een onderzoeker en een coördinator van LISTELvzw. De transcripten werden integraal uitgetypt en dubbel gecodeerd.

De grote nadruk op het belang van de regionale gewoonten en gebruiken wordt deels gekleurd door het Vlaamse decreet voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Ter illustratie: naar aanleiding van dit decreet zouden zorgaanbieders, mantelzorgers en gebruikers toegeleid worden naar de betrokken regionale dienstencentra of openbare centra voor maatschappelijk welzijn uit het werkgebied voor de organisatie van een multidisciplinair overleg in kader van een zorgenplan. Tijdens de beide focusgroepen werd het belang van de neutraliteit sterk benadrukt. Zonder deze neutraliteit vrezen de betrokkenen dat zorg- en hulpverleners niet meer zullen deelnemen aan multidisciplinair overleg.

## Referenties

- (1) Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2002 Nov 14; 2: 1-6. Available from: <http://www.ijic.org/publish/articles/000089/article.pdf>
- (2) Fabricotti IN. *Zorgen voor Zorgketens: integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens* [dissertation]. Rotterdam (NL): Erasmus Universiteit; 2007.
- (3) McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, McKinnon M, Paguntalan H, Owens DK. Care Coordination. Vol 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*. Technical Review 9 (Prepared by the Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center under contract 290-02-0017). AHRQ Publication No. 04(07) -0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2007.
- (4) De Lepeleire J, Van Houdt S, Aertgeerts B, Buntinx F (2007). *Het effect van een multidisciplinair zorgplan in de thuiszorg*. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven.
- (5) Buntinx F, et al (2005). *Interface rapport: De organisatie en de financiering van een grensoverschrijdend zorgaanbod in de ouderenzorg*. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven.
- (6) Van Houdt S, De Corte E, Buntinx F. (2007). *RAI-project: bevordering van de communicatie tussen zorgverleners betrokken bij de zorg voor oudere afhankelijke personen*. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven.
- (7) Vandenberk A, Nielandt B (2006). *Focus op samenwerking in de thuiszorg: een evaluatie van het Limburgs garantiemodel*. Hasselt: instituut voor gedragswetenschappen.



## Bijlage

*Tabel 1: Samenstelling focusgroepen op basis van ervaring met invullen RAI via web-applicatie en het bespreken van de resultaten tijdens het multidisciplinair teamoverleg*

<b>Focusgroep 1, 30 mei 2008</b>		
<b>discipline</b>	<b>RAI via web</b>	<b>overleg</b>
Huisarts	3	1 à 2
WGK	5	5
Zelfstandig verpleegkundige	2 à 3	2 à 3
Kinesitherapeut	2	2
Gezinszorg	12	2
TOTAAL	24 à 25	12 à 14
GEMIDDELDE	4	2
MEDIAAN	3	2
Overlegcoördinator TGZ		20****
<b>Focusgroep 2, 3 juni 2008</b>		
<b>discipline</b>	<b>RAI via web</b>	<b>overleg</b>
Huisarts	5****	4****
WGK 1	14	14
WGK 2	1	1
Zelfstandig verpleegkundige 1	1	0*
Zelfstandig verpleegkundige 2	1	1
Logopediste	1	0**
Kinesitherapeut	1	0
Gezinszorg 1	1	1
Gezinszorg 2	1	0***
Maatschappelijk assistent	1	0
TOTAAL	27	21
GEMID	1	0.5
Overlegcoördinator TGZ		een 20

\* Voor 2 patiënten werd ter voorbereiding van het overleg een RAI ingevuld, maar de resultaten werden niet besproken op het overleg.

\*\* Er werd geen team georganiseerd, maar de logopedist ontving wel feedback vanuit de onderzoeksploeg.

\*\*\* De resultaten werden besproken tijdens een team, maar de betreffende zorgverlener was niet aanwezig.

\*\*\*\*Tijdens de focusgroep werd deze vraag niet beantwoord. Deze aantallen zijn bijgevolg gebaseerd op de gegevens uit het onderzoek 2006-2007.